44e Année. — N° 47. Vendredi 19 Novembre 1897.

LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Clinique chirurgicale : Sur le traitement des occlusions intestinales à forme aiguë, par le professeur P. Berger, 737. — **Bibliographie** : Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires, par F. Guyon, 743. — **Revue de la presse** : De la périgastrite adhésive, 744. — **Académie des sciences** : *Séance du 8 novembre* 1897. Présidence de M. A. Chatin. — Dans quelles limites l'oxyde de carbone est-il absorbé par le sang d'un mammifère vivant? Quelle est l'influence du temps sur cette absorption, 745. — Sur les modifications histologiques des cellules nerveuses dans l'état de fatigue, 745. — Formes de passage dans le tissu cartilagineux, 746. — **Académie de médecine** : *Séance du 16 novembre* 1897. Présidence de M. Caventou. — Greffes osseuses hétéroplastiques datant de six ans et demie, 746. — Election, 746. — Bactériologie et pathogénie des pleurésies séro-fibrineuses, 746. — Résections gastriques, 746. — Pathogénie de la cirrhose, 746. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 12 novembre* 1897. Présidence de M. Debove. — Endocardite par gonocoque, 746. — Variations de la capacité stomacale dans la sténose pylorique, 747. — Métrorragies dans les maladies du foie, 747. — Abcès gazeux sous-diaphragmatiques, 747. — **Société de chirurgie** : *Séance du 17 novembre* 1897. Présidence de M. Delens. — Abcès gazeux sous-phréniques, 747. — Pathogénie de l'appendicite, 748. — Filaire du sang, 748. — Cholédochotomie pour gros calculs du cholédoque, 748. — **Société de dermatologie et de syphiligraphie** : *Séance du 11 novembre* 1897. — Hémato-lymphangisme de la langue et du voile du palais, 748. — Dystrophie unguéale, 748. — Dystrophie unguéale généralisée, 748. — Xeroderma pigmentosum, 749. — Ulcération de nature incertaine (syphilis), 749. — Sur un cas de tondante rebelle de Gruby-Sabouraud, observé à Parme, 749. — Sur quatre cas de mycosis fongoïde, 750. — **Nouvelles**, 750. — **Bulletin bibliographique**, 752.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Sur le traitement des occlusions intestinales à forme aiguë.

Leçon d'ouverture du cours de clinique chirurgicale à l'hôpital de la Pitié,

Par M. le professeur P. Berger.

Parmi les problèmes qui se présentent en clinique chirurgicale, il en est dont la solution demande à être établie d'avance; ils sont soulevés par des cas où la promptitude de la détermination à prendre ne laisse pas au chirurgien le temps d'une étude prolongée et où il doit se décider à agir en suivant une règle de conduite toute tracée. Sur aucun point de la pratique cette règle ne demande plus à être établie que lorsqu'il s'agit de la conduite à tenir en présence d'une occlusion intestinale à forme aiguë.

Ici, comme dans les étranglements herniaires, c'est d'une action rapide que dépend le succès de l'intervention; mais là se borne l'analogie à établir entre l'étranglement herniaire et l'étranglement interne, malgré la ressemblance de leurs symptômes.

L'étranglement herniaire n'a d'autre bénéfice à attendre que de l'opération. Celle-ci doit être pratiquée non seulement dans les cas les plus nombreux où le diagnostic s'impose, mais dans les cas douteux eux-mêmes car elle est simple, d'une exécution facile et rapide, absolument dépourvue de dangers, et surement efficace toutes les fois qu'on y recourt à temps.

Toute autre est la solution en présence d'un étranglement interne à marche rapide : des chances réelles de guérison même en l'absence de toute intervention opératoire existent encore pour le malade et cette intervention elle-même, toujours grave, présente au chirurgien deux voies différentes dont chacune convient à certains cas et est inefficace ou même fâcheuse dans les autres; ce sont la *laparotomie* et l'*entérotomie*, pour me servir des termes classiques et également impropres par lesquels on désigne ces deux opérations entre lesquelles on établit une opposition qui n'existe que parce que nous sommes trop souvent incapables de reconnaître les cas auxquels chacune d'elles doit être réservée. Avant d'en examiner les indications, cherchons d'abord à établir leur bilan, leurs avantages et leurs dangers.

Le chirurgien, en face d'une occlusion intestinale, devrait aller droit à l'obstacle; reconnaître, supprimer celui-ci, tel est le but auquel conduit la *laparotomie*, l'incision abdominale qui n'est elle-même qu'une voie d'accès et dont on a néanmoins donné le nom à la méthode d'intervention elle-même. C'est la seule opération rationnelle, à la fois capable de donner un succès complet et une entière satisfaction au sens chirurgical de celui qui la pratique. C'est à elle qu'on doit les plus brillants succès, la cessation immédiate de tous les accidents, une guérison rapide dans des cas en apparence presque désespérés; aussi est-elle sinon la méthode de choix, du moins celle de prédilection pour la plupart des chirurgiens; c'est évidemment de ce côté que se trouve le progrès dans le traitement de l'étranglement interne; et cependant cette opération est dangereuse et le plus souvent inefficace.

Les statistiques opératoires font ressortir l'énorme

mortalité qui lui fait suite : 102 guérisons, 226 morts, 69 p. 100 d'insuccès dans celle de Farquhard Curtis, 16 guérisons, 25 morts, soit 60,5 p. 100 de mortalité, dans la pratique personnelle d'Obalinski; et n'avons-nous pas entendu notre collègue M. Schwartz, dans la dernière séance de la Société de chirurgie, comme résultat de la laparotomie pratiquée dans son service de Cochin pour des accidents aigus d'occlusion intestinale, accuser 2 guérisons seulement sur 7 opérations.

Un peu moins défavorables pourtant sont les faits communiqués au Congrès des chirurgiens allemands par L. Heidenhain; sur 30 opérations de laparotomie pratiquées à la clinique du prof. Helferich pour des occlusions intestinales aiguës, 14 ont été suivies de guérison: à la Société de chirurgie aussi cette année même, MM. Hartmann et A. Broca ont apporté des faits en assez grand nombre donnant une proportion de 45 à 50 p. 100 de guérisons pour la laparotomie. Malgré ces statistiques un peu moins décourageantes, la proportion des revers qu'entraîne la laparotomie reste très considérable : dans leur appréciation, s'il convient de tenir compte de la gravité de l'état du malade, de son épuisement au moment où l'opération a été pratiquée et d'en rendre responsable dans une certaine limite les retards apportés à l'opération, on ne saurait méconnaître que celle-ci, dans un bon nombre de cas, contribue à hâter la terminaison fatale par sa durée toujours longue, par les manœuvres intra-abdominales qu'elle exige et qui aggravent le collapsus résultant du shok nerveux et de l'infection commençante, et par l'exposition à l'air d'une grande partie de la surface intestinale, exposition qu'on ne peut toujours éviter dans la recherche de l'obstacle.

Elle est souvent inefficace, car trop fréquemment elle conduit à constater que l'obstacle ne peut être supprimé ou ne pourrait l'être que par une opération trop complexe et trop laborieuse pour pouvoir être pratiquée avec chances de succès dans l'état où se trouve le malade; nous allons en citer tout à l'heure des exemples. Il arrive même que les recherches les plus attentives ne font pas trouver cet obstacle, qu'elles permettent parfois même d'affirmer comme nous allons le voir que cet obstacle matériel n'existe pas. Dans tous ces cas, l'établissement d'un anus contre nature est la seule ressource, mais cet anus contre nature est fait alors que le malade, épuisé déjà par des manœuvres opératoires prolongées, a perdu le plus grand nombre des chances favorables que lui eut conservées une détermination plus rapide.

L'*Entérotomie* de Nélaton, la constitution directe d'un *anus contre nature*, d'un orifice de dérivation laissant s'écouler les matières et faisant tomber l'excès de la tension intestinale dans tout le segment du tube digestif supérieur à l'obstacle, se présente-t-elle sous un jour plus favorable? Telle n'est pas l'impression qui se dégage des statistiques citées par les traités classiques; celles-ci fournissent pour l'entérotomie une mortalité presque aussi élevée que pour la laparotomie; mais il faut observer que la laparotomie n'est guère pratiquée que dans des cas favorables, dans ceux où l'état général du malade offre encore quelques ressources, tandis que l'anus contre nature est le moyen suprême dont on ne peut refuser le bénéfice au malade, même dans les situations les plus extrêmes : ainsi les statistiques qui portent sur cette opération renferment une grande majorité de faits dans lesquels la terminaison malheureuse n'est attribuable qu'à la maladie elle-même et non à l'opération.

Pratiqué dans des conditions ordinaires, l'établissement d'un anus contre nature est une opération rapide, simple, qui peut être exécutée partout, même sans le secours de l'anesthésie; bien qu'il faille renoncer le plus souvent, dans les cas d'occlusion aiguë, aux avantages que présente l'opération en deux temps par la méthode de Maydl-Reclus, l'entérotomie faite avec méthode n'expose guère aux infections péritonéales et les cas où la mort peut lui être attribuée sont certainement en nombre très faible. Elle donne au malade un soulagement immédiat : si elle ne supprime pas l'obstacle placé sur le trajet des matières, le dégorgement rapide de l'intestin et l'affaissement du ventre permettent souvent d'arriver au bout de peu de jours à reconnaître la cause de l'occlusion et de l'attaquer dans les conditions les plus favorables de succès pour une nouvelle opération. Dans certains cas enfin la déplétion complète du bout supérieur suffit pour que le cours des matières se rétablisse spontanément au bout de peu de jours, et que l'on voie même l'orifice anormal se fermer quelque temps après. C'est ce que j'ai pu voir l'année dernière encore dans un cas des plus intéressants pour lequel je fus appelé par mes amis MM. Tapret et Nélaton. Il s'agissait d'un homme d'une quarantaine d'années qui, quelques mois auparavant, avait été déjà pris d'accidents d'occlusion aiguë qui avaient cédé à un traitement médical. Quand je le vis il y avait trois jours que les accidents duraient sans qu'une émission gazeuse par l'anus se fut produite; le ventre était si distendu que la paroi abdominale semblait vouloir se rompre; la distension siégeait principalement à droite où se faisaient surtout sentir les coliques et où la palpation révélait le maximum de la douleur. L'opération fut aussitôt décidée : je fis sur le bord externe du muscle grand droit de l'abdomen, du côté droit, une incision qui me permit d'introduire la main; je trouvai le cæcum, le colon ascendant, le colon transverse colossalement distendus; le cæcum avait au moins le volume du bras. La distension cessait brusquement dans l'hypochondre gauche, à l'union du colon descendant et du colon transverse, sans que l'on put sentir de bride ou d'obstacle matériel a ce niveau : craignant de compromettre les chances favorables en prolongeant les incisions et les recherches, ayant les plus grandes peines à contenir l'intestin qui cherchait à s'échapper, je me résolus à faire un anus contre nature

ur le cæcum; je refermai la plus grande partie de on incision : à son angle inférieur je fixai le cæcum ue j'ouvris sur une longueur d'un centimètre et demi; ne débacle abondante de gaz et de matières liquides fit par cet orifice, mais, quoique je n'eusse même as reconnu, à plus forte raison pas levé l'obstacle qui opposait au cours des matières, en moins de huit jours elui-ci se rétablissait et deux mois après l'abouche- ent du gros intestin à la paroi était fermé sans in- ervention nouvelle : j'ai revu ces jours derniers le alade qui depuis un an et demi n'a plus présenté accidents.

Ainsi l'établissement d'un anus contre nature donne n soulagement immédiat, il pare aux accidents les lus urgents, met quand il est temps encore l'exis- ence à l'abri, et il permet d'arriver parfois, avec ou ans nouvelle opération, à une guérison définitive. Iais est-il besoin d'insister sur l'horrible infirmité, le lus souvent définitive, aux prix de laquelle on achète es avantages ? Il est d'ailleurs bien des cas où l'anus ontre nature ne remédie à rien ; il en est où il est neste. Que l'obstacle siège sur l'intestin grêle, en un oint suffisamment élevé au-dessus de la valvule iléo- æcale, l'orifice anormal ouvert au-dessus de lui aura our effet de supprimer les fonctions intestinales dans out le bout sous-jacent. Or si les faits cliniques, les xpériences de Trzebicky et d'autres auteurs ont mon- é qu'on peut sans trop d'inconvénients supprimer usqu'à 2 m. 80 de la longueur de l'intestin grêle, il 'est pas moins certain que l'existence d'un anus con- re nature trop haut situé expose le malade qui le orte à une dénutrition rapide et à une mort fatale ans un laps de temps assez court. Il est d'ailleurs des ariétés d'occlusions dans lesquelles l'ouverture de intestin n'empêche pas les accidents de suivre leur ours fatal :

L'année dernière, entre dans mon service une femme gée, présentant tous les caractères d'une occlusion ntestinale aiguë de 3 jours au moins de durée : elle tait fort affaiblie déjà, le pouls était petit et rapide, e faciès profondément altéré, l'anxiété extrême, le entre tendu et douloureux à gauche surtout ; après voir examiné les régions inguinales et crurales et 'avoir constaté à ce niveau aucune hernie, je pensai ue dans l'état où était la malade l'anus contre nature eul offrait des chances de succès : M. le Dr Reblaub ratiqua l'opération le plus rapidement possible, mais 'état de la malade ne s'améliora pas et la mort survint lans les 24 heures ; l'autopsie fit reconnaître l'exis- ence d'une hernie obturatrice étranglée. Peut-être ne analyse plus minutieuse du syndrome clinique aous eut elle amené à la reconnaître ; la malade s'était plainte d'une douleur à la cuisse et ce fait doit tout d'abord nous rappeler que ce ne sont pas seulement les orifices qui donnent passages aux hernies communes qu'il faut explorer chez les sujets qui présentent des accidents aigus d'occlusion, mais les orifices des hernies exceptionnelles elles-mêmes; je reviendrai tout à l'heure sur ce point. J'ai donc commis une faute d'ob- servation et si la majorité des chirurgiens qui ont eu affaire à des hernies de ce genre y sont aussi tombés, puisque sur 135 cas de hernies obturatrices étranglées, celles-ci n'ont été diagnostiquées que dans 57 cas, leur erreur n'atténue pas la mienne; mais en admettant même que cette hernie ne put être reconnue avant l'opération, le choix de celle-ci était absolument mau- vais ; l'anus contre nature a laissé persister l'étrangle- ment ; la laparotomie eut permis de le reconnaître. Eut- elle sauvé la malade ? C'est tout au moins douteux mais elle ne nous eut pas laissé le regret d'avoir passé à côté de la cause des accidents sans la découvrir. Il en serait de même dans un nombre considérable de cas constituant la classe des étranglements internes pro- prement dits; dans cette variété d'occlusion l'anus contre nature, outre qu'il est le plus souvent établi sur l'intestin grêle, c'est-à-dire trop haut situé, n'ar- rête pas la marche des accidents puisque la constric- tion qui en est la cause persiste malgré lui.

La conclusion de tout ce qui précède est qu'il faut ou du moins qu'il faudrait reconnaître la nature et le siège de l'obstacle auquel on a affaire. La laparotomie, qui convient pour certains cas, est funeste dans les autres; l'anus contre nature, qui seul est applicable à ceux-ci, est insuffisant à parer aux accidents et par conséquent nuisible dans les circonstances où la laparotomie seule est indiquée. Faisons, suivant les causes dont relèvent les accidents d'occlusion aiguë, la part de l'une et de l'autre opération.

Comme nous venons de le voir, aux *étranglements internes* proprement dits la laparotomie seule est appli- cable ; qu'il s'agisse d'étranglements par brides, par adhérences, de ces étranglements diverticulaires si- gnalés tout d'abord par Parise ; que l'intestin soit étran- glé dans un orifice anormal créé dans le mésentère par une opération antérieure, ou par une corde épiploïque enroulée autour de lui, l'on n'empêche les accidents de suivre leurs cours qu'en supprimant la constriction à laquelle est soumis l'intestin.

Il en est de même à plus forte raison dans tous les cas de hernies profondes, de hernies propéritonéales ou rétropéritonéales, de hernies internes ; nous cite- rons comme appartenant à cette catégorie de faits la hernie qui se fait dans l'arrière cavité des épiploons par l'hiatus de Winslow, la hernie de Treitz, les her- nies du cul-de-sac de Douglas et les hernies rétrovési- cales dont Saniter a publié un intéressant exemple ; les laparocèles profondes étranglées comme celles que Terrier et Furneaux Jordan ont pu reconnaître et gué- rir par la laparotomie ; certaines hernies obturatrices, nous venons de le montrer par un exemple, et les her- nies ischiatiques (*hernia ischiatica incipiens*, de Langer) consistant dans un pincement latéral de l'intestin sans saillie extérieure appréciable ; certaines hernies ingui- no et surtout cruro-propéritonéales et même des her-

nies crurales à formes anormales comme la hernie pectinéale (Alberti). Dans tous ces cas, lorsqu'il n'y a pas de signes extérieurs, la laparotomie conduit seule à reconnaître la nature des accidents, le siège de l'incarcération, et si ses résultats sont le plus souvent si peu favorables, c'est que la temporisation a déjà permis aux lésions graves de l'intestin et du sac herniaire de se produire.

Justiciables aussi et exclusivement de la laparotomie sont les accidents d'occlusion dus à l'arrêt d'un calcul biliaire dans le cholédoque, dans l'ampoule de Vater ou même dans l'intestin grêle, accidents difficiles souvent à expliquer, mais auxquels l'extraction du corps étranger par la laparotomie peut seule mettre un terme. Pour être logique, nous devrions aussi placer ici les torsions de l'intestin, les *volvulus* dont une adhérence intestinale ou mésentérique est le plus souvent la cause, mais que maintient et rend permanentes le travail de péritonite plastique qui se fait autour de l'anse intestinale tordue ; logiquement encore, c'est la laparotomie qu'il faudrait préférer dans les *invaginations* car seule elle permet de reconnaître le degré d'altération et d'irréductibilité de l'intestin atteint d'intussusception ; c'est après avoir vu et constaté l'état des choses que l'on peut tenter la réduction du bout intestinal invaginé, ou pratiquer la résection du cylindre intestinal irréductible, ou que l'on se borne à établir un anus contre nature d'attente. Mais déjà les résultats de l'opération, quelque rationnelle qu'elle puisse paraître, ne répondent plus à notre attente ; c'est dans les cas d'invagination que la laparotomie a fourni son chiffre le plus élevé de mortalité ; ils ne sont guère meilleurs pour les cas de volvulus et la proportion énorme de 80 p. 100 de mortalité que fournissent ces opérations nous montrent que les indications les plus rationnelles ne sont pas toujours celles qui réussissent le mieux.

Voici d'autre part toute une série de cas qu'il peut paraître étrange de rattacher aux occlusions aiguës, mais dans lesquels pourtant les accidents d'étranglement prennent souvent une allure rapide qui ne permet pas de les distinguer des véritables étranglements internes ; ce sont des compressions des intestins par des tumeurs, des sténoses, des rétrécissements et surtout des rétrécissements cancéreux dans lesquels les phénomènes d'occlusion se produisent d'une manière subite ; que de fois ne m'est-il pas arrivé d'ouvrir le ventre croyant trouver un étranglement par bride, par torsion ou par une cause analogue et de tomber sur un cancer annulaire de l'S iliaque du colon qui ne s'était révélé que par la crise pour laquelle j'étais appelé à intervenir ; à ces cas convient seul l'établissement d'un anus contre nature ; l'ablation d'une tumeur comprenant l'intestin, à plus forte raison d'une tumeur de l'intestin suivie du rétablissement par la suture de la continuité de ce dernier, chez un malade épuisé, dans les conditions matérielles défectueuses que crée la dilatation énorme du bout supérieur par les matières et les gaz qui le distendent, aboutit toujours à un désastre.

Dans la statistique pourtant si favorable de Heidenhain que nous citions tout à l'heure, les laparotomies pratiquées pour les rétrécissements profondément situés de l'intestin, au nombre de six, se sont toutes terminées par la mort. Créer le plus tôt possible une issue aux matières est la seule chose à faire ; et c'est dans les cas de ce genre que l'ouverture de l'intestin, que l'anus contre nature est le seul remède et un remède souverain pourvu qu'on y ait aussitôt recours ; plus tard, quand le premier danger sera écarté, quand le ventre, quand l'intestin seront revenus à leurs dimensions normales, on pourra s'attaquer à la source des accidents, enlever la tumeur qui comprime l'intestin, pratiquer l'entérectomie et l'entérorraphie dans des conditions meilleures ; l'indication actuelle, et la seule à remplir, est de donner une libre issue aux matières.

Viennent enfin les cas dans lesquels l'intestin est le siège d'une distension que ne peut expliquer aucune cause matérielle, appréciable ou tout au moins suffisante, faits bizarres difficiles à interpréter et pourtant certains : Je suis appelé pour une vieille personne de 75 ans, jouissant quatre jours auparavant encore d'une excellente santé ; à la suite d'une indigestion légère, le ventre s'est gonflé, il est le siège de coliques vives pendant lesquelles les circonvolutions intestinales se dessinent au travers des parois abdominales, des faux besoins incessants n'amènent aucune évacuation gazeuse, aucune matière ; des vomissements, des renvois incessants tourmentent la malade dont le pouls est lent et petit ; elle voit venir la mort et tout le monde autour d'elle l'attend, son médecin la trouve trop faible pour subir la moindre tentative chirurgicale ; mon collègue, M. Paul Reynier et moi nous insistons cependant pour qu'on la conduise dans une maison de santé où nous pensons lui faire un anus contre nature in-extremis ; mais un simple entéroclysme donné à son arrivée dans la maison de santé, joignant ses effets à la perturbation causée par l'émotion, par le trajet, suffit à amener une première évacuation bientôt suivie de matières anciennes, dures et fétides. Au bout de trois à quatre jours l'intestin a repris ses fonctions et tout danger a disparu. Ici l'obstruction par des matières était devenue, chez une personne épuisée et fort âgée, le point de départ d'accidents de paralysie intestinale qui eussent pu devenir mortels.

M. Lejars tout récemment a communiqué à la Société de Chirurgie cinq observations du plus haut intérêt dans lesquelles, chez des sujets atteints des phénomènes d'une occlusion aiguë, la laparotomie avait révélé la distension colossale de la totalité de l'intestin sans aucun obstacle appréciable ; une petite boutonnière ouverte sur le cæcum, en favorisant l'évacuation des gaz et des matières, avait permis la déplétion de

intestin et amené la guérison : exemples de pseudo-étranglements paralytiques, sans cause appréciable. C'est dans les cas de ce genre que le traitement électrique, méthodiquement appliqué suivant les règles fixées par Boudet de Paris, fait quelquefois des merveilles ; quand les accidents persistent, un petit orifice de dégagement serait la seule chose à faire si la nature des accidents pouvait être reconnue.

A côté des pseudo-étranglements paralytiques il faut placer les étranglements spasmodiques de l'intestin. Cette cause d'occlusion est encore mise en doute par bien des auteurs; elle paraît mise hors de doute par les observations de Helferich qui, au cours de laparotomies pratiquées pour des phénomènes d'occlusion aiguë, a pu constater de visu le rétrécissement spasmodique de l'intestin et l'absence de tout obstacle mécanique autre que ce spasme fonctionnel. Dans les cas de ce genre, est-il besoin de le dire, si le traitement médical échoue, et la médication opiacée doit ici trouver son application de choix, l'on ne peut guère concevoir le bénéfice que le malade peut retirer d'une intervention chirurgicale quelconque ; l'ouverture de l'intestin, qui répond à l'indication symptomatique, nous paraîtrait encore la moins défectueuse.

On le voit, de la nature de l'obstacle devrait dépendre le mode d'intervention; ici comme ailleurs un diagnostic bien fait entraîne comme conséquence une bonne thérapeutique, mais ce diagnostic de la cause et de la nature des accidents est-il possible?

Quelques-uns de mes collègues professent à cet égard un découragement que je ne partage pas absolument ; il est, certes, bien des cas où nous restons à cet égard dans l'obscurité la plus complète, il en est d'autres qui trompent toutes les prévisions, mais souvent aussi un examen attentif des phénomènes actuels, une investigation rigoureuse portant sur les circonstances qui ont précédé ou accompagné leur apparition, conduisent l'observateur à des constatations précises ou tout au moins à des présomptions sur lesquelles il peut diriger sa conduite et se décider pour l'une ou l'autre des alternatives opératoires suivant des règles certaines. Voici comment je conseille de pratiquer l'examen et de régler, suivant ses résultats, l'intervention chirurgicale :

En présence d'accidents d'occlusion intestinale aiguë survenus chez un sujet jouissant jusqu'alors d'une bonne santé, l'on doit se préoccuper tout d'abord des confusions possibles avec des états analogues, mais tout différents par leur nature, particulièrement les péritonites suraiguës par perforation et les appendicites; la fièvre, dans certains cas, la dissociation du pouls et de la température dans d'autres, l'altération rapide de la face, le refroidissement des extrémités et l'anxiété extrême, la sensibilité du ventre à la pression et au moindre contact, la douleur bien différente des contractions intestinales douloureuses revenant par accès et sous forme de coliques dans l'étranglement, suffisent le plus souvent à préciser le diagnostic ; dans les cas rares où le doute pourrait exister, ce serait à la laparotomie à le faire cesser dans le plus bref délai possible ; mais supposons le diagnostic d'occlusion intestinale aiguë établi avec certitude.

Sur tout malade, quels que soient son âge et son état général, qui présente des accidents de cet ordre, on doit rechercher avant tout un signe local ; c'est à l'exploration abdominale attentive à le révéler ; ce signe est-il une douleur fixe siégeant en un point toujours le même, une sensation plus marquée de résistance de la paroi abdominale dans une région déterminée, un météorisme local, ou, au contraire, une sensation vague ou plus nettement perçue de tuméfaction profonde, enfin, le retour des douleurs et des constrictions périodiques de l'intestin se faisant toujours sentir au même endroit ; quel que soit ce signe, si on le trouve, on en tiendra le plus grand compte : en le recherchant, on apportera un soin tout particulier à l'exploration des régions où se produisent les hernies profondes ; non seulement la région profonde de l'aine, mais la ligne semilunaire de Spigel, la région para-ombilicale, celle des adducteurs, l'échancrure sciatique même, seront examinés par la palpation ; le toucher rectal, le toucher vaginal seront pratiqués avec la plus grande attention ; on se rappellera que ce sont eux, le toucher vaginal surtout, qui ont fait reconnaître bon nombre de hernies obturatrices ; on combinera ces modes d'exploration avec la palpation profonde de l'hypogastre et des régions inguinales. On n'oubliera pas en pratiquant le toucher vaginal de se renseigner exactement sur les conditions de l'appareil génital, des annexes et particulièrement du cul-de-sac de Douglas où peuvent s'étrangler des élytrocèles.

Il y a quelque chose ou l'on ne trouve rien; si on trouve un signe local révélant d'une manière certaine ou tout au moins probable qu'une lésion siège en un point déterminé de l'abdomen, nulle hésitation n'est permise; si l'état général du sujet le permet il faut, soit par incision directe, lorsque la sensation de tumeur profonde et la sensibilité fournie par l'exploration semblent accuser une hernie interne — ou par laparotomie médiane se diriger vers le point sensible ou vers la tuméfaction profonde que l'on a découverte; l'incision sera sus-ombilicale ou sous-ombilicale suivant le siège du signe local dont il faut se rapprocher d'emblée le plus possible; la main introduite se dirigera directement vers le point suspect. La lésion découverte, tumeur, invagination, torsion, coudure brusque, masse intestinale fixée par des adhérences, engagée dans un orifice ou sous une bride, sera traitée suivant les règles en se donnant tout le jour nécessaire par l'agrandissement de l'incision primitive et en évitant toute opération complexe; on doit, en pareille circonstance, se borner à dégager l'intestin, à sectionner les brides et les adhérences, si une entérectomie est nécessaire aboucher à la plaie extérieure les deux bouts de l'in-

testin plutôt que de tenter leur réunion, et si l'on ne peut libérer l'intestin, terminer au plus tôt par un anus contre nature fait autant que possible par une incision distincte de l'incision exploratrice dont l'infection doit à tout prix être évitée.

En le recherchant avec soin, le plus souvent on trouvera ce signe local si précieux pour guider les recherches; sur 6 cas de volvulus de l'S iliaque, Heidenhain a pu le constater dans 4; dans 4 cas aussi sur 6 d'étranglement interne, et dans 3 des 7 cas de coudure brusque de l'intestin grêle qui nécessitèrent la laparotomie; aussi ne saurait-on apporter trop de soin à sa recherche et à sa constatation; le succès de la laparotomie en dépend essentiellement.

Mais il peut manquer; qu'on interroge alors avec soin les commémoratifs pathologiques, les antécédents du malade; qu'on s'informe des troubles physiologiques précurseurs qui ont pu se produire; si l'interrogatoire ne révèle rien qui puisse éclairer sur la nature de la lésion d'où dépendent les accidents, ce n'est plus que sur l'âge, sur l'état du sujet, sur le temps qui s'est écoulé depuis le début des accidents que l'on peut se régler.

Le sujet est jeune et il était bien portant; il a été pris subitement, sans prodromes, des accidents aigus de l'occlusion; les probabilités sont pour un étranglement interne véritable quelle que soit la cause ou pour une torsion, à moins qu'il ne s'agisse d'un de ces cas de pseudo-étranglement paralytique impossibles à distinguer des précédents autrement que par le traitement. Si l'état des forces le permet et si les accidents ne sont pas trop anciens, après avoir essayé d'un lavement électrique donné suivant les règles établies par Boudet de Paris, on aura recours sans tarder à laparotomie.

Si le sujet est âgé, c'est au contraire au cancer de l'intestin qu'il faut songer tout d'abord, à moins qu'on ait affaire à une obstruction causée par des matières; une torsion de l'anse oméga, une invagination, une compression par tumeur peuvent également se rencontrer. Dans un certain nombre de ces cas l'examen de la forme du ventre, celui de sa sonorité, en montrant que le gros intestin participe en totalité ou en partie à la distension du tube digestif, indiquent le choix de l'opération; c'est à un anus contre nature qu'il faudra recourir et celui-ci sera pratiqué sur la région iliaque gauche si l'on est sûr que l'obstacle siège sur la terminaison de l'S iliaque, sur la droite s'il existe quelque doute sur ce point, car il importe de tomber sur la partie du gros intestin qui est située au-dessus de l'obstacle ou à son défaut sur les dernières anses de l'intestin grêle. Le lavement électrique aura préalablement été administré si l'état du malade le permet.

Enfin dans les cas intermédiaires, chez les sujets d'âge moyen, lorsqu'aucun signe local, aucun commémoratif ne renseigne sur la nature et le siège de l'occlusion, c'est encore sur l'atteinte générale qu'a subie le malade ou sur la conservation d'un bon état général, sur le temps aussi qui s'est écoulé depuis le début des accidents, que l'on réglera l'intervention; on interrogera l'altération de la face, l'état du pouls, de la calorification, on tiendra compte de la distension plus ou moins grande du ventre; la présence du *bactérium coli* dans l'urine, dans le sang, pourrait fournir des contre-indications utiles à recueillir en constatant une infection déjà trop avancée; mais il n'est pas probable que l'on puisse souvent disposer du temps nécessaire à ces investigations, sur lesquelles Galeazzi a récemment attiré l'attention; plus aisée sera la constatation de l'albumine dans les urines. On s'appliquera à reconnaître les complications pulmonaires, les congestions qui dépendent de la septicémie intestinale. Lorsque le résultat de cet examen est favorable et montre que le sujet n'a pas encore subi une trop profonde atteinte, c'est à la laparotomie qu'il faut avoir recours: mais ici deux modes opératoires, deux pratiques opposées sont en présence.

On peut faire d'emblée une incision très longue de la paroi abdominale, et, découvrant ainsi tout le paquet viscéral, on peut y chercher et y trouver rapidement le point qui fait obstacle au passage des matières; mais quand l'intestin est fortement distendu, cette manœuvre expose à l'issue de la masse intestinale toute entière; on a beau l'entourer de compresses stérilisées chaudes, l'exposition à l'extérieur d'une longueur considérable d'intestin est par elle-même un danger; mais où les difficultés et les complications se présentent, c'est lorsqu'il faut faire rentrer dans le ventre l'intestin qui en est sorti et refermer l'incision abdominale par la suture. Pour y arriver, il est souvent nécessaire de provoquer l'évacuation du contenu de l'intestin par une petite incision pratiquée sur une anse intestinale, incision que l'on referme ensuite par un double plan de suture; mais au moment même où l'on évacue ainsi les anses intestinales distendues, que de chances de contamination, d'infection pour l'intestin et pour la cavité abdominale! Quoique plusieurs chirurgiens se louent de cette pratique, et qu'à la clinique d'Helferich notamment neuf opérés sur treize aient été guéris depuis qu'elle a été adoptée, tandis qu'auparavant la proportion des guérisons à la suite des laparotomies pour occlusion ne s'élevait qu'à 29 0/0, nous n'oserions la proposer en règle générale.

Dans les cas ordinaires, je crois qu'il vaut mieux faire une incision modérée, permettant l'inspection directe dans une certaine étendue et l'introduction de la main. On cherche de suite le cœcum, celui-ci est-il distendu, on le suit de bas en haut en cherchant l'obstacle sur le colon transverse et l'S iliaque; ne le trouve-t-on point rapidement, il vaut mieux se résoudre à faire sur le champ un anus contre nature sur le cæcum; c'est-à-dire dans les conditions très favorables à la guérison.

Si le cæcum est vide, on doit trouver dans le voisinage le bout inférieur de l'intestin grêle revenu sur lui-même, et quand on l'a trouvé, on le suit jusqu'à l'obstacle.

On peut aussi employer le moyen suivant que signale Heidenhain : aussitôt l'incision faite, on laisse sortir la première anse intestinale qui se présente; c'est en général une des circonvolutions voisines de l'obstacle; on la voit se développer en observant celui de ses bouts qui se déroule et qui amène à sa suite d'autres anses intestinales; c'est le bout opposé qui est fixé par l'obstacle; c'est vers lui qu'il faut se diriger pour le trouver.

Quelle que soit la manière dont on conduit ces recherches, elles doivent être très rapidement pratiquées; il vaut mieux terminer par l'ouverture d'une anse intestinale, si l'on ne trouve rien, que d'épuiser la résistance du sujet en tentatives désespérées. Mais si l'on s'aperçoit que la masse d'intestin grêle revenu sur lui-même en constitue la plus grande portion, si l'on est certain que l'obstacle porte sur les parties supérieures du tube digestif, l'on est autorisé à insister davantage et à agrandir l'incision primitive, à extraire du ventre la longueur nécessaire de l'intestin, à l'inciser au besoin pour en vider le contenu et en diminuer le volume, à tout tenter enfin plutôt que d'établir l'orifice de dégagement de l'intestin dans des conditions trop défavorables; c'est ici que le procédé mis en pratique par Helferich et par Kümmell trouve son application.

Ainsi que nous l'avons dit tout à l'heure, on évitera d'ailleurs, sauf dans des cas d'indication toute spéciale, toutes les opérations complexes, les entéro-anastomoses de même que les résections intestinales et les entérorraphies même avec l'aide du bouton de Murphy. Pour réussir, la laparotomie doit atteindre son but dans le plus court espace de temps possible.

Enfin quelque soit son âge, si le sujet est arrivé aux phases avancées de l'étranglement, c'est à l'entérotomie de Nélaton, pratiquée d'urgence et d'emblée dans la fosse iliaque ou dans le flanc droit sur la première anse d'intestin qui se présente dans l'incision de la paroi, qu'il faut s'adresser.

Sauf dans ces cas extrêmes, le chirurgien qui pratique la laparotomie ne doit jamais perdre de vue que celle-ci se terminera peut-être par un anus contre nature; s'il pratique un anus contre nature il ne doit pas oublier que, même au cours de cette opération, une constatation imprévue peut lui révéler la nature de l'obstacle et lui permettre de le lever; aussi est-il préférable à mon avis de pratiquer toujours une incision assez large pour permettre à plusieurs doigts ou même à la main d'explorer rapidement l'abdomen tout autour d'elle.

Voilà comment l'on peut, je le crois, codifier en quelque sorte l'examen du malade, le diagnostic et l'intervention. La laparotomie, la recherche, la levée de l'obstacle sont la méthode rationnelle et vraiment chirurgicale; on doit lui donner la préférence d'autant que le sujet est plus jeune, l'étranglement plus récent, l'état général meilleur et qu'on est guidé par la constatation d'un signe local; on insistera d'autant plus sur la recherche de l'obstacle que celui-ci paraîtra plus haut placé sur l'intestin. Par contre chez le vieillard et surtout quand le gros intestin participe à la distension, c'est au cancer qu'il faut toujours penser, c'est à l'anus contre nature qu'il faut recourir dans presque tous les cas.

Il ne faut enfin jamais oublier que les pseudo-étranglements paralytiques, que les étranglements spasmodiques, que les cas en un mot dans lesquels il n'y a qu'un *obstacle fonctionnel* sont fréquents et qu'on ne peut souvent les reconnaître par l'examen clinique des faits d'occlusion mécanique. On doit donc toujours, quand l'état des forces le permet, faire précéder l'intervention chirurgicale d'une tentative très sérieuse et méthodiquement conduite d'électrisation intestinale.

La cause des insuccès dans le traitement des occlusions intestinales relève de l'insuffisance du diagnostic; être bien persuadé de ce fait est la condition essentielle pour donner à l'examen du malade atteint d'étranglement aigü toute l'attention, tout le soin nécessaires. L'intervention toujours doit être subordonnée aux constatations faites dans le cas particulier auquel on a affaire. C'est donc à l'observation clinique de dégager des obscurités qui l'enveloppent le diagnostic des occlusions intestinales aiguës et d'établir sur une meilleure assise les règles d'un traitement dont les progrès de la technique opératoire n'ont jusqu'à présent guère amélioré les résultats.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires, par F. Guyon, t. III, 3e édition. J.-B. Baillière, édit., Paris.

Depuis le mois de mars dernier, je devrais avoir dit tout le bien que l'on peut penser de l'œuvre du professeur Guyon. C'est, en effet, l'enseignement de chaque jour, l'acquit progressif qui se trouve reproduit dans les pages des volumes actuellement dans les mains de tout étudiant ou praticien. C'est une troisième édition que nous avons sous les yeux. Cela démontre que la première était bonne, que la seconde était meilleure et que la troisième, ayant conservé ce qu'il y avait de bien, a encore trouvé moyen de se modifier et de se modifier en bien. Il y a toujours quelque chose à ajouter, par ce temps de progrès, à ce qui avait été déjà fait. Or, tout le monde qui travaille sait comment le professeur Guyon, sans cesse sur la brèche, et en tête de toute la phalange qui lutte, sait se tenir au courant et quand il le faut déterminer le courant, et ne s'étonnera de trouver dans cette dernière édition des enseignements nouveaux, des préceptes utiles et des conseils que sa longue expérience rend de jour en jour plus précieux. Est-ce pour lire un ouvrage didactique que l'on prendra ces nouveaux volumes; non, certainement, et il faut le dire, ce serait oublier le titre même de l'ouvrage « Leçons cliniques », c'est-à-dire le-

çons destinées à indiquer à chacun, dans quelque cas qu'il puisse se trouver, ce qu'il y a de mieux et de plus simple à faire pour le plus grand bien du malade. Ce que semblent oublier tout ceux qui, *ex cathedra*, font des livres qui ne sont compris de personne, mais théoriquement devraient guérir leurs malades, et se contentent d'indiquer *théoriquement* ce qui ne leur apporte aucun soulagement. Le malade meurt guéri. Ce que l'on trouve dans ces leçons du professeur Guyon, c'est le moyen terre à terre, utile et providentiel, de ne pas être nuisible et, par suite, de rendre service. *Primum non novum.*

Ils deviennent rares les cliniciens qui se contentent de remédier aux accidents qui leur sont soumis et qui ne cherchent pas à lutter contre la nature afin de guérir, malgré elle, des accidents qui auraient guéri tout seuls ou presque tout seuls, s'ils n'avaient auparavant supprimé leurs malades.

C'est donc un énorme compliment que je fais à cette 3e comme aux 2 premières éditions du livre du professeur Guyon, en disant qu'il aidera à guérir les malades et qu'il n'intéressera pas ceux qui le livrent à toutes les interventions que l'hygiène ne tolère pas, mais que la morale réprouve.

Il y a dans cette suite de cliniques qu'a publiées le professeur Guyon un autre enseignement à tirer que celui des maladies des voies urinaires, c'est un enseignement plus général et tout aussi important. On y trouvera un modèle à suivre pour ceux qui veulent faire des livres utiles. On y verra comment les choses les plus simples doivent être dites, et pourquoi il y est utile de les dire. C'est avec le soin dans les moindres détails que l'on fait de la bonne besogne et c'est en les apprenant aux autres que l'on fait de bons élèves.

Les livres comme ceux du professeur Guyon apprennent à faire l'un et produisent les autres.

F. VERCHÈRE.

REVUE DE LA PRESSE

De la périgastrite adhésive, par HAINEBACH. (*Deutsche med. Zeit* 97.). — C'est surtout dans ces derniers temps que l'attention des médecins a été attirée sur les adhérences qui unissent l'estomac aux organes voisins. Ces adhérences sont dues dans la plupart des cas à l'existence d'un ulcère stomacal, mais elles peuvent tenir parfois à des néoplasmes, des calculs ou des traumatismes. Parfois leur existence ne détermine pas de symptômes, dans d'autres cas les troubles sont très graves, et comme ceux-ci sont très variables et n'ont rien de caractéristique, on est tenté de rapporter les troubles observés à la neurasthénie. L'estomac peut-être adhérent à l'épiploon, au foie, au colon transverse, au pancréas, à la rate, au diaphragme, à la paroi abdominale antérieure, et l'on conçoit dès lors la variété des symptômes. Ce qui domine, ce sont les douleurs stomacales, la cardialgie, qui sont souvent très intenses, alors que les troubles gastriques sont peu apparents. Le diagnostic est à peu près impossible, et l'on ne peut soupçonner les adhérences que lorsque les douleurs subsistent depuis très longtemps et se sont montrées à la suite de l'ulcère stomacal.

La persistance des douleurs a pu autoriser l'intervention chirurgicale et Hahn a pu opérer avec succès une femme atteinte depuis quinze ans de gastralgie et d'hématémèses et sur laquelle il trouva l'estomac adhérent à la paroi abdominale. Lavenstein a opéré un cas analogue dans lequel les brides s'étendaient de l'estomac au foie. La patiente qui présentait la cicatrice d'un ancien ulcère guérit après opération. Mais comme toutes les adhérences n'avaient pas été sectionnées, les douleurs reparurent et cessèrent définitivement après une seconde opération. L'histoire de la périgastrite adhésive consécutive à l'ulcère est de date assez récente, et Hainebach en a retracé les principaux caractères d'après deux cas qu'il a opérés et qui ont été suivis d'autopsie.

Les deux cas s'étaient développés à la suite d'un ulcère stomacal ; le second avait présenté en outre dans la première période de la maladie de l'ascite, de l'œdème et de l'ictère. On admit alors comme probable l'existence d'une tumeur maligne. Tous ces phénomènes trouvaient leur explication dans la compression de la veine-porte et canal cholédoque par le tissu cicatriciel, ce qui fut constaté à l'autopsie.

Ces observations apprennent que le diagnostic ne peut être posé avec certitude, bien que souvent on puisse soupçonner les adhérences périgastriques d'après les douleurs violentes survenant par accès et qui dominent le tableau clinique, d'après la sensibilité de la région stomacale, les troubles de la motilité pratique avec dilatation de l'estomac, les vomissements et l'amaigrissement. Tous ces symptômes n'ont rien de caractéristique, et on ne peut les interpréter dans le sens d'une périgastrique que lorsqu'on a pu diagnostiquer l'existence de l'ulcère stomacal, et après avoir éliminé l'hypothèse d'autres maladies offrant des symptômes analogues. Si l'ulcère gastrique existe seul, on sera en droit d'attendre du traitement une amélioration assez rapide, mais s'il existe en même temps des adhérences, les troubles persisteront malgré tout traitement.

Le cancer gastrique se distinguera de la périgastrite adhésive dans la plupart des cas par la composition du suc gastrique et par la durée de la maladie. L'existence d'une résistance dans le région de l'estomac n'est pas un indice de grande valeur parce qu'un tissu cicatriciel peut en imposer pour une tumeur.

La dyspepsie nerveuse a beaucoup de points de contact par les phénomènes qu'elle provoque avec la périgastrite adhésive, et l'existence de phénomènes neurasthéniques dans le premier cas peut à peine constituer un signe différentiel.

De simples cicatrices de l'estomac sans adhérences
uvent déterminer des douleurs qui cependant ne sont
s aussi intenses que dans la périgastrite, mais elles
traînent souvent des troubles sérieux de l'alimenta-
n, par exemple par un rétrécissement du pylore ; on
servera donc la dilatation stomacale.
La périgastrite adhésive entraine, par suite des adhé-
nces avec les organes du voisinage, des troubles en
pport avec les organes intéressés ; lorsque l'on obser-
ra avec des douleurs gastriques vives de l'ulcère et
la périgastrite des phénomènes du côté de ces orga-
s, il faudra songer à la possibilité d'adhérences
igastriques.
Le pronostic est favorable dans les cas légers, mais
faut se rappeler que le traitement médical est
puissant et que dans les cas graves, la mort est
sible.
Dans le traitement on cherchera à soutenir l'alimen-
ion, à diminuer les vomissements, on fera des lava-
dans ces cas de dilatation gastrique.
On a proposé, contre les troubles provoqués par les
hérences périgastriques, la section des adhérences et
gastro-entérostomie. La première opération suffit
ns la plupart des cas où les douleurs seules dimi-
ent, la seconde serait préférable s'il existe, en même
mps, des troubles de la motilité et si l'alimentation
gravement compromise. La section des adhérences
en général une opération favorable au point de vue
résultats quelle donne, cependant il ne faut pas
blier qu'il peut se développer de nouvelles adhérences
rès la laparotomie.

ACADÉMIE DES SCIENCES

—

ance du 8 novembre 1897. — *Présidence de* M. A. Chatin.

**Dans quelles limite l'oxyde de carbone est-il absorbé
le sang d'un mammifère vivant ? Quelle est l'in-
ence du temps sur cette absorption.** — M. N. Gréhant.
a bien longtemps que je me suis posé ces questions ;
tendais qu'il me fût possible d'acquérir pour les résou-
un gazomètre de grandes dimensions qui me paraissait
olument nécessaire.
e suis parvenu à vaincre la difficulté en utilisant mon
omètre à rainure (système du Dr de Saint-Martin), d'une
tenance de 150 litres, et un grand sac de caoutchouc
ne contenance de 300 litres qui reçoit les mélanges
és préparés avec la plus grande exactitude dans le
omètre.
'est un fait remarquable que, dans un mélange à
5000, par exemple, le sang du chien soit capable de
r l'oxyde de carbone avec une certaine énergie ; en
x heures, l'animal a fait circuler dans ses poumons
litres d'air, qui contenaient 32 cc. 5 d'oxyde de carbone
; le poids du sang, d'après les recherches que j'ai faites
refois avec mon regretté collaborateur Quinquaud,
nt égal à 1/13 du poids du corps, il est facile de recon-
re par le calcul que *le sang a fixé en deux heures la cinquième partie du volume d'oxyde qui avait circulé dans les poumons.*

J'ajouterai que, pour des mélanges compris entre 1/6000 et 1/60000, les volumes d'oxyde de carbone fixés par 100 cc. de sang sont exactement proportionnels au temps : 1,6 est la moitié de 3,3 ; 0,59 est la moitié de 1,18 ; 0,44 est la moitié de 0,88 ; 0,22 est la moitié de 0,45.

Les résultats que j'ai l'honneur de communiquer aujourd'hui à l'Académie doivent servir de base à de nouvelles recherches d'application de la Physiologie à l'hygiène, que je me propose de continuer.

Sur les modifications histologiques des cellules nerveuses dans l'état de fatigue. — M. Ch.-Am Pugnat. L'étude des modifications des cellules nerveuses aux divers stades d'activité et de fatigue n'a fourni jusqu'à présent que des résultats assez contradictoires aux différents auteurs qui s'en sont occupés. Or cette question, à laquelle se rattachent des hypothèses récentes sur le fonctionnement intime des mécanismes cérébraux, méritait d'être reprise. Je me suis attaché exclusivement à déterminer les changements histologiques que produit la fatigue dans la cellule nerveuse.

J'ai choisi, pour être soumis à l'excitation électrique, les ganglions spinaux de jeunes chats, comme se prêtant mieux à la recherche et à la préparation du nerf sur lequel sont appliqués les électrodes. Ces derniers étaient placés à 3 cm. ou 4 cm. du ganglion pour éviter l'effet mécanique du courant électrique, fourni par une pile Leclanché qui actionnait un appareil à induction (chariot mobile de du Bois-Reymond).

De l'étude attentive de mes préparations, il résulte que la fatigue se traduit dans les cellules nerveuses par une diminution de volume du corps cellulaire et du noyau, et par la disparition de la substance chromatique du protoplasma.

Les grains de chromatine, en effet, disparaissent progressivement, à mesure qu'on prolonge l'excitation ; encore abondants après huit minutes d'excitation, ils font défaut dans la plus grande partie de la cellule, quand les ganglions ont été soumis au courant électrique pendant plus de seize minutes. A ce moment, les grains de chromatine de la majorité des éléments cellulaires ne s'observent plus qu'à la périphérie de la cellule où ils sont disposés en un anneau granuleux, fait qui avait été déjà observé par Vas.

Enfin, quand la fatigue est très prononcée, quand la cellule semble épuisée (vingt-quatre minutes d'excitation, courant induit maximum), les grains chromatiques n'existent plus dans le protoplasma, qui prend une teinte uniforme et pâle, due vraisemblablement à la présence d'une substance chromatique diffuse ; la cellule est alors rétractée et ne remplit plus exactement sa loge conjonctive ; le noyau est diminué de volume et ses contours sont peu accusés.

Je n'ai jamais constaté ni le ratatinement du noyau ni son émigration à la périphérie de la cellule, modifications qui ont été signalées par quelques auteurs.

Des deux facteurs principaux de la fatigue expérimentale de la cellule nerveuse, c'est-à-dire l'intensité et la durée de l'excitation, le premier joue un rôle prépondérant ; il semble, en effet, qu'un courant intense, n'agissant que peu de temps, produise des modifications cellulaires plus profondes qu'un courant d'intensité moitié moindre, mais d'une durée deux fois plus longue.

Formes de passage dans le tissu cartilagineux. — M. JOANNES CHATIN.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 novembre 1897. — Présidence de M. CAVENTOU.

La CORRESPONDANCE comprend deux lettres de candidature : de M. André, agrégé à la faculté de médecine de Paris, à la place de titulaire dans la section de physique et de chimie médicale ; et de M. Brault, professeur à l'école de médecine d'Alger, au titre de correspondant dans la première division (médecine).

Greffes osseuses hétéroplastiques datant de six ans et demie. — M. DUBAR (de Lille) présente une malade qui, il y a six ans et demi, a été prise d'une ostéo-arthrite tuberculeuse suppurée du poignet droit. Il lui enleva toute la première rangée du carpe moins le pisiforme et la moitié de la deuxième rangée. Sur un jeune chien âgé de huit jours, il enleva sur le fémur des fragments ostéo-cartilagineux allongés et put en introduire cinq d'un centimètre de longueur et trois millimètres environ d'épaisseur dans l'articulation du poignet : savoir, trois immédiatement au-dessus du radius et du cubitus ; des deux autres, l'un fut placé au niveau du trapézoïde, l'autre entre le grand os et ce qui restait de l'os crochu. La malade a guéri et le résultat fonctionnel est très bon.

La radiographie montre la persistance de traces des greffes osseuses. Sont-ce les greffes primitives ? Sont-ce des néo-formations osseuses ? On ne saurait se prononcer sur ce point.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pharmacie ;

Sur 70 votants, majorité 36, M. Bourquelot est élu par 68 voix contre 4 données à M. Quesneville et 4 à M. Yvon.

Bactériologie et pathogénie des pleurésies séro-fibrineuses. — M. LE DAMANY. Toutes les pleurésies primitives séro-fibrineuses sont de nature tuberculeuse. Jamais elles ne résultent de l'action d'autres microbes, tels que le pneumocoque, le staphylocoque. Ces derniers agents n'entrent en jeu que dans le cas de suppuration de pleurésies primitivement tuberculeuses. L'action du froid, du rhumatisme, n'est nullement prouvée. Les pleurésies séro-fibrineuses secondaires sont la conséquence des lésions pulmonaires (infarctus, hépatisation, congestion). Il n'y a qu'une pleurésie séro-fibrineuse qui soit due à l'envahissement de la plèvre par un microbe, c'est la pleurésie tuberculeuse. Les autres microbes, en envahissant la plèvre, ne peuvent produire que des pleurésies purulentes.

Résections gastriques. — M. HARTMANN présente deux malades auxquelles il a fait des résections de l'estomac pour néoplasme. Dans le premier cas, la tumeur (épithélioma carcinoïde) occupait le pylore. La pylorectomie fut faite d'après le procédé de Kocher le 31 août dernier. L'ouverture supérieure de la résection stomacale fut fermée. L'extrémité duodénale fut fixée en un point de l'estomac restant. La malade quitta l'hôpital guérie le 25 septembre. Elle pesait à ce moment 44 kilogrammes, actuellement elle en pèse 50, mange et digère tout.

La deuxième malade avait une tumeur occupant presque toute l'étendue de l'estomac. Après résection des trois quarts de l'organe, M. Hartmann fit, le 12 octobre dernier, la suture du cardia au pylore. La malade guérit de même sans incidents, elle a repris de l'appétit, engraissant d'une livre par semaine.

Pathogénie de la cirrhose. — M. LANCEREAUX. Dans la discussion qui vient d'avoir lieu sur la cirrhose, quelques-uns de mes contradicteurs ont pensé qu'il y avait lieu de faire une enquête. Cette enquête est commencée depuis le 30 octobre dernier, par MM. les Drs Boix et Létienne, anciens internes des hôpitaux de Paris. M. Lancereaux lit un fragment d'une lettre adressée à M. Boix par un médecin italien et qui attribue aux vins plâtrés du midi de l'Italie une influence très nette sur la production de la cirrhose.

M. LABORDE a lui-même des documents très importants qu'il ne donne pas. Un fait bien démontré aujourd'hui c'est que l'alcool proprement dit produit parfaitement la cirrhose.

A 4 heures 35 l'Académie se forme en comité secret pour entendre les conclusions de rapports de prix lus en séance par MM. Guignard, Magnan, Lereboulet et Péan.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 novembre 1897. — Présidence de M. DEBOVE.

Endocardite par gonocoque. — MM. RENDU et HALLÉ. — Une femme de 30 ans entrait, le 22 mars dernier, à l'hôpital Necker, se plaignant de douleurs abdominales. L'examen des organes génitaux montra qu'il n'existait ni urétrite, ni vaginite, ni altérations des annexes ; nous constatâmes seulement que le col était volumineux et nous pensâmes qu'il s'agissait d'un léger degré de congestion utérine dont le repos et des injections vaginales chaudes auraient facilement raison. Pourtant l'état général s'aggrava ; des urétrorragies apparurent ; puis la fièvre qui augmenta de plus en plus. Chaque jour on constatait qu'après de grands frissons la température atteignait 39°5 et nous attribuâmes ces accès à un état septicémique dont il nous était impossible de définir la nature. L'ensemencement du liquide intra-utérin nous donna une culture pure de gonocoques ; l'examen sur la lamelle nous montra les mêmes microbes.

Le 12 avril apparut, autour de l'articulation du coude gauche, un phlegmon diffus, qui fut rapidement incisé et le pus de ce phlegmon contenait des gonocoques. Malgré cela l'état s'aggrava, les accès de fièvre avec frissons et sueurs abondantes se montraient tous les jours. La malade s'amaigrissait rapidement. Le 25 mai, on nota une légère modification des bruits du cœur qui étaient plus sourds et bientôt une endo-péricardite apparut manifeste, la mort survint dix jours après.

A l'autopsie, on trouva des lésions du côté du péricarde et une endocardite végétante typique localisée aux valvules aortiques : les plèvres renfermaient un peu de liquide ; la rate était congestionnée, le foie et les reins stéatosés, sans infarctus. Les organes génitaux n'étaient pas altérés.

L'ensemencement du liquide péricardique, du sang de l'oreillette, du liquide pleural, fait deux heures après la mort, resta stérile ; mêmes résultats négatifs avec des ensemencements faits à l'autopsie. Par contre, l'examen sur lamelles des végétations endocardiques y décela une grande

quantité de gonocoques et l'ensemencement de ces végétations donna des cultures pures de gonocoques.

C'est là un fait exceptionnel d'endocardite infectieuse due au gonocoque.

Variations de la capacité stomacale dans la sténose pylorique. — M. Hayem. On a insisté avec raison sur l'énorme dilatation de l'estomac au cours des sténoses pyloriques, mais il ne faudrait pas croire qu'il en est toujours ainsi. L'estomac peut être extrêment dilaté, c'est le cas le plus fréquent; moyennement dilaté (2 à 4 travers de doigt au-dessous de l'ombilic); inférieur à la normale.

Dans ce dernier cas, ce n'est pas le faible degré de la sténose qui est la cause du petit volume de l'estomac, ce sont des causes variables : intolérance pour les aliments, brides péritonéales serrées s'opposant à la distension de l'organe, restriction, de l'alimentation.

Dans un premier cas il y avait un cancer du pylore, l'intolérance gastrique était telle que toute alimentation était impossible; dans deux autres cas il y avait périgastrique consécutive à un ulcère.

La dilatation de l'estomac n'est pas un signe certain de sténose pylorique. Pour faire ce diagnostic, il faut que l'estomac, grand ou petit, contienne le matin, à jeun, du liquide résiduel.

Métrorragies dans les maladies du foie. — M. Dalché. L'influence des maladies du foie sur l'apparition des métrorragies, signalée bien souvent par les anciens auteurs, est indiscutable. De toutes les affections hépatiques, la lithiase biliaire est celle qui trouble le plus facilement la menstruation. A la suite d'une colique hépatique, les règles deviennent plus abondantes, d'autres fois, elles reparaissent deux ou trois jours après leur terminaison, et cette ménorragie peut durer dix jours et plus ; souvent il y a émission de caillots et douleurs de dysménorrée congestive; après des accès calculeux répétés, les règles avancent ou retardent, conservent leur abondance ou se suppriment, si bien que les périodes se confondent. Chez les lithiasiques qui portent des lésions utérines, les métrorragies apparaissent dans la période intercalaire. Une colique fruste ou fort atténuée suffit aussi bien qu'une colique franche. Les cirrhoses provoquent des métrorragies surtout au début et s'accompagnent plus tard d'aménorrhée.

J'ai observé plusieurs cas de métrorragies au cours de tumeurs hépatiques et d'ictères infectieux, bénins et malins. Une de mes malades refusa le curettage qu'on lui proposait et guérit par le traitement dirigé uniquement contre les calculs.

Abcès gazeux sous diaphragmatiques. — M. Courtois-Suffit. J'ai observé trois cas d'abcès gazeux sous-diaphragmatiques que je crois intéressant de vous communiquer, à cause des difficultés de diagnostic qu'ils ont soulevées.

Schewilen, Nowak firent une étude de cette affection Maydl en a réuni 179 cas. Cette affection, décrite autrefois par Leyden sous le nom de pyopneumothorax sous-phrénique, est appelée par M. Debove abcès gazeux sous-diaphragmatique, dénomination qui paraît beaucoup plus rationnelle, car il est impropre de nommer pyopneumothorax une affection purement abdominale.

Mon premier malade est sorti de l'hôpital entièrement guéri.

Le second est mort quelques jours après l'opération ; à l'autopsie, on a trouvé deux abcès distincts, dus chacun à une perforation de l'estomac. L'un de ces abcès, celui qui avait été ouvert, était situé au niveau de l'épigastre ; l'autre était dans l'hypochondre gauche. L'estomac présentait deux perforations, l'une sur sa face antérieure, l'autre sur sa face postérieure.

La constatation du météorisme à la partie supérieure de la cavité abdominale, la mobilité de ce météorisme, susceptible d'augmenter ou de diminuer d'un jour à l'autre et même de disparaître pour un temps ; la constatation fréquente d'une région empâtée et rénitente exactement sous-jacente au point douloureux, sont parmi les signes observés les plus importants pour le diagnostic, si l'on y joint les renseignements acquis par l'étude du passé pathologique du malade.

Dans mon troisième cas, l'abcès avait un siège tout à fait différent, et l'aspect clinique a été tout autre que dans les deux premiers cas. A l'autopsie, on trouva une péritonite tuberculeuse dont l'évolution avait été masquée par l'abcès sous-phrénique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 novembre 1897. — Présidence de M. Delens.

Abcès gazeux sous-phréniques. — M. Michaux. J'ai eu l'occasion de voir un malade à Broussais atteint d'un abcès sous-costal à droite, dont la percussion rendait un véritable son tympanique. On aurait pu croire à un pneumothorax. Le diaphragme était refoulé et la poche sonore remontait jusqu'à la troisième côte. J'incisai la poche et je constatai qu'il y avait une cavité énorme par laquelle la plèvre et le diaphragme étaient repoussés. Le sillon costo-diaphragmatique était effacé. Je fis un volet thoracique qui me permit d'ouvrir largement. A la partie inférieure se voyait le foie. Celui-ci augmenté de volume paraissait atteint, je fis 20 à 30 pointes de feu dans le foie qui ne donnèrent aucune issue de liquide. Le malade s'améliora pendant les premiers jours, mais succomba au bout d'un mois. A l'autopsie on constata que cet abcès était dû à une localisation de péritonite tuberculeuse au-dessous du diaphrahme. Tout le péritoine était semé de granulations tuberculeuses.

M. Peyrot. Il est une forme que j'ai rencontrée de ces abcès sous-phréniques et qui me paraît assez rare. Dans ces cas je pensais à une pleurésie et j'ouvris la plèvre, mais je la trouvai saine et vide. Je suturai la plèvre et ponctionnai le diaphragme. Je trouvai une petite nappe de pus. Je ponctionnai le foie et mon trocart porta sur une partie dure, pierreuse. Je me contentai de laver le foyer. Le malade succomba et l'autopsie montra un kyste hydatique, à demi suppuré, ayant subi la transformation calcaire. C'était certainement lui qui avait été l'origine de l'abcès sous-phrénique.

M. Tuffier. Une femme de 30 ans présentait de la dyspnée, de la douleur à la base gauche, et des signes d'infection. Je fis une ponction qui donna du liquide, j'opérai cette femme croyant trouver une pleurésie, mais j'ouvris le diaphragme et alors je trouvai du pus. L'origine semblait être une poussée furonculeuse et du reste le pus de l'abcès contenait du staphylocoque doré. A la suite se firent des abcès miliaires des reins droit, puis gauche et la malade succomba.

Le second malade avait été cru atteint de kyste hydati-

que suppuré de la face convexe du foie. Les ponctions donnaient un liquide séro-sanguin à la base du thorax droit. Le diagnostic n'a pu être confirmé. Il est possible que c'était de la tuberculose du foie et du reste le malade a succombé sans ouverture large.

M. Routier. Un malade atteint de fistules anciennes fut opéré par moi. Ces fistules conduisirent, après ouverture d'un volet thoracique, sur la face convexe du foie. Celui-ci était dur, bosselé. Le pus était mêlé de grumeaux durs mêlés à des caillots. Le malade a guéri sans qu'on ait su exactement la nature de cet abcès.

Dans un second cas, je trouvais aussi des fistules persistantes. Comme le premier je dus pour les prévoir faire le désossement de la paroi costale. C'est la même thérapeutique que les fistules suites de pleurésies purulentes.

M. Berger. J'ai eu un cas contenant une quantité énorme de pus et qui guérit par le simple drainage sans nécessité d'ouvrir un large volet.

M. Potherat. Chez un malade que l'on me dit avoir un abcès du foie, je trouvais une fistule purulente. Pour le guérir je dus inciser le long du thorax, et mon incision me conduisit dans une vaste cavité au-dessus du foie, lequel était dur. La paroi du thorax s'est affaissée mais les côtes se touchent et la fistule persiste. Je pense qu'il faudra recourir à la résection thoracique si l'on veut obtenir la guérison définitive.

Pathogénie de l'appendicite. — M. Hartmann donne les renseignements expérimentaux sur les inoculations faites avec des liquides pris dans la cavité d'un appendice complètement oblitéré et en communication avec le cœcum.

Filaire du sang — M. Le Dentu. J'eus l'occasion de voir chez un jeune homme de 16 ans, né à Colombes, un lymphangiome au niveau de la fosse sous-épineuse. La tumeur avait 13 à 14 centimètres; obliquée sous l'aisselle, très adhérente à la peau, elle était mobile sur les parties profondes. elle formait une plaque nette, ni fluctuante, ni dure, ni lobulée comme un sarcôme. La tumeur datait de 16 ans, on l'avait diagnostiquée lipome congénital, qui avait augmenté rapidement à la puberté.

Je l'enlevai. La structure était celle du lymphangiome. Dans le cas que j'ai publié à Moscou, j'avais trouvé des filaires chez le malade, porteur d'une tumeur analogue. Je cherchai chez le malade la filaire par acquit de conscience, car je ne pensais pas en trouver chez un jeune homme né à Colombes (Seine).

En série je vais mettre un autre fait de lymphangiome du canal inguinal avec inguino-lymphocèle, mais il s'agissait d'un malade qui était originaire des pays chauds.

Cholédochotomie pour gros calculs du cholédoque. — M. Lejars. Une femme de 52 ans avait eu une série de coliques hépatiques, et depuis un mois était dans un état fort grave, avec ictère chronique et amaigrissement. J'intervins sans diagnostic exact. Je trouvai une petite vésicule dure et rétractée. Dans le cholédoque, je trouvai une série de saillies dures, je me dirigeai vers la plus volumineuse et je cherchai la paroi antérieure du cholédoque. Je l'incisai et je pus extraire le calcul assez fortement adhérent. Derrière lui vinrent 6 autres calculs plus petits.

Je suturai le cholédoque, 4 points de suture à la Lembert sur la paroi antérieure. Le supérieur fut peu serré pour ménager une petite porte de sortie. Je laissai un drain et bourrai la cavité.

Le 4e jour, je retirai le drain, il n'y avait presque pas de bile dans le pansement. Le 5e et le 6e jour, l'ictère diminua, et au 7e jour survint une selle colorée. Dès ce moment, l'amélioration marcha rapidement vers la guérison. Celle-ci se fit sans qu'il y ait eu de fistule.

MM. Schwarz, Rabier, Michaux, citent une série de faits de cholécystotomie et de cholédochotomie. F. Verchère.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 11 novembre 1897.

Hémato-lymphangiome de la langue et du voile du palais. — MM. Brocq et Léon Bernard présentent à la Société un jeune homme de 17 ans qui leur a été adressé par M. le Dr Châtellier, atteint d'une tumeur de la langue, allongée d'avant en arrière, siégeant vers la moitié postérieure gauche de l'organe, tumeur qui offre sur la surface des séries de petites bosselures dont la grosseur varie de celle d'une petite tête d'épingle à celle d'un tout petit pois, translucides pour la plupart avec un petit point violacé central. Quelques-unes, totalement vésiculeuses, transparentes et blanches, quelques-unes, violacées et ressemblant à des nœvis sanguins. La tumeur est indolente, d'origine congénitale, mais à développement progressif avec l'âge. Elle rentre, comme nature, dans la série des faits qui ont été dénommés jusqu'ici lymphangiomes circonscrits. Ces lésions sont extrêmement rares à la langue. Le malade a été inutilement traité par l'ignipuncture. Les auteurs et le Dr Bisserié ont déjà obtenu une amélioration réelle par l'électrolyse. MM. Brocq et Léon Bernard se réservent d'exposer dans un mémoire ultérieur l'historique de ce cas et d'en discuter la nature.

Dystrophie unguéale. — M. Ed. Rist présente une malade dont tous les orteils ont été le siège d'une tuméfaction douloureuse aboutissant finalement à la chute de l'ongle et à l'atrophie fonctionnelle de la matrice unguéale. Cette affection qui paraît suivre une marche progressive, — les ongles des mains commençant à se prendre — est accompagnée de douleurs articulaires et d'arthropathies fugaces avec écoulements synoviaux et craquements consécutifs.

En l'absence de tout symptôme nerveux, il semble qu'on doive admettre qu'il s'agit d'un trouble de la nutrition; la malade a des urines très chargées en acide urique.

M. Sabouraud rappelle qu'il a traité avec succès par la solution de Gram : iode 1 gr., iodure de potassium 2 gr., eau distillée 1 litre, des ongles trochophytiques et ajoute qu'il a obtenu avec la même solution iodurée des résultats excellents dans des altérations des ongles semblables à celles présentées par la malade de M. Rist et n'ayant aucun caractère mycosique.

Dystrophie unguéale généralisée. — MM. Collineau et Thibierge présentent un jeune garçon de 17 ans dont tous les ongles (pieds et mains) ont présenté sur toute leur étendue dans l'espace de quinze jours, il y a de cela environ quatre mois, une coloration jaune ambrée, en même temps que leur croissance s'arrêtait. Aux doigts, les ongles se sont décollés progressivement, se soulevant à mesure que le malade enlevait au-dessous d'eux une matière sèche et friable, qui les reliait au derme sous-unguéal; deux de

s ongles ont été ainsi détachés et arrachés par fragments squ'au niveau de leur insertion, le derme sous-unguéal rrespondant est un peu épaissi, présente de minces êtes longitudinales; les autres sont en partie décollés à ur extrémité et sur leurs bords. Il n'y a eu ni douleur, troubles fonctionnels d'aucune sorte; on trouve seulement autour de l'ongle une très mince zone rouge pâle. ucun trouble de la santé générale, aucune lésion nerveuse ui explique cette dystrophie.

Xeroderma pigmentosum. — M. Danlos. Il s'agit d'une une fille très brune âgée de 15 ans. La maladie qui paraît voir débuté vers la fin de la première année est aujourhui arrivée à sa troisième période. Le cas est absolument pique et montre avec une netteté parfaite tous les éléents caractéristiques de l'affection. (Taches pigmentées, laques atrophiques, télangiectasies, papillomes épithélioatoux). Les mains, la face et le cou sont envahis à l'exusion des autres parties sur lesquelles on remarque pourt de nombreux nœvi pigmentaires. Le cas n'est pas oins typique au point de vue étiologique car le caractère milial existe (2 enfants sur 6) le troisième et le cinquième ant atteints de la maladie; mais il est fait exception à la gle de l'unisexualité, l'autre malade étant un garçon. ucune affection semblable chez les ascendants, on note ulement chez la mère et chez les autres enfants une isposition insolite aux nœvi pigmentaires et au lentigo.

Ulcération de nature incertaine (*Syphilis ?*) — M. Danos. Jeune fille de 20 ans sans aucune tare nette de syphilis héréditaire. (Vulnérabilité dentaire, développement incomlet; la triade d'Hutchinson manque.) A l'âge de 4 ans, à la uite d'une chute sur la fesse, apparition d'un ulcère qui epuis lors n'a fait que s'étendre sans manifester *un seul oint* de tendance regressive. La fesse est envahie en totalité. Sur cette immense surface existent ça et là quelques ots de réserve incomplètement respectés. La plaie secrète t bourgeonne peu (Ulcère atonique). Les bords ni décollés i taillés à pic sont plutôt évidés et très irrégulièrement olycycliques. Tout autour une zone d'infiltration, mesurant ar places jusqu'à deux et trois centimètres et terminée ers la peau saine par un relief brusque, borde la surface lcérée. En quelques points de cette zone petites taches ougeâtres et ulcérations cupuliformes d'origine glandulaire. a lésion diffère des ulcères tuberculeux par la présence de zone d'infiltration, l'absence de granulations et l'aspect apillomateux. Elle ne rentre pas dans la syphilis *classique*, ar l'absence du caractère plastique et gommeux de sa écrétion, même dans la zone d'envahissement; par le ontour irrégulier et l'évidement de ses bords, par l'absence e toute tendance regressive (16 ans de durée) et cependant c'est peut-être plutôt de ce côté qu'il faut se placer u point de vue thérapeutique, car la malade a le tibia achitique et peut-être un peu épaissi. Un traitement intenif sera institué et la malade présentée de nouveau dans la rochaine séance.

Sur un cas de tondante rebelle de Gruby-Sabouraud, bservé à Parme. — M. E. Bodin (de Rennes). M. le prosseur Mibelli a rencontré à Parme, une petite fille atteinte 'une tondante du cuir chevelu présentant les caractères e la tondante à petites spores telle qu'elle a été décrite par abouraud. Ce fait banal en apparence, aujourd'hui que la eigne à petites spores est bien connue, présente un intérêt rès particulier. Car à Paris et à Londres le *microsporum udouïni* est très fréquent chez l'enfant. En Italie, au contraire, on ne l'avait pas encore rencontré jusqu'ici. La petite malade de M. Mibelli est donc le premier cas de tondante rebelle dûe au microsporum et que l'on ait observé en Italie. Ce fait est important en ce qui concerne la répartition géographique des teignes. Mais en outre, étant donné ce que l'on sait de la pluralité des champignons parasitaires des teignes, il fallait se demander si le parasite de cette tondante était bien le *microsporum Audouïni* de Paris ou s'il était une espèce de microscoporum distincte quoique voisine du microsporum de l'enfant.

Pour le cas de tondante qu'il a recueilli à Parme, M. Mibelli a cherché à déterminer l'espèce parasitaire d'abord par les caractères cliniques et microscopiques de l'affection. Les symptômes correspondaient exactement à ceux des tondantes rebelles parisiennes, mais la maladie fut d'une durée moindre que la moyenne. Dans les cheveux malades le microscope démontre les caractères maintenant classiques du *microsporum Audouïni* de Gruby, mais l'envahissement parasitaire s'y présentait plus limité. Le mycélium intra-pilaire y était aussi plus abondant et plus facilement visible. La culture a confirmé le diagnostic générique de microsporum.

Cependant la détermination exacte de l'espèce parasitaire nécessitant la comparaison avec les types de microsporum aujourd'hui connus, M. Mibelli a bien voulu envoyer à Paris un échantillon du microsporum isolé par lui à Parme. L'étude mycologique en a été pratiquée par moi à Rennes et en voici les résultats. M. Mibelli tient à faire observer que son travail a été fait avant qu'il connût les résultats de l'étude mycologique du parasite. De même je n'ai connu les détails cliniques et microscopiques de son observation qu'après avoir fait la détermination mycologique de l'espèce parasitaire observée.

Pour faire cette détermination je me suis adressé à trois sources d'information : aux cultures, à l'étude mycologique, aux inoculations expérimentales.

1° *Les cultures* de ce microsporum ont été faites sur les milieux usités habituellement dans l'étude des mucédinées parasitaires. Toutes ces cultures se sont montrées, tant au point de vue de leur aspect extérieur qu'au point de vue de leurs affinités biologiques, identiques aux cultures du *microsporum du chien* que j'ai récemment isolé, étudié et décrit avec M. Almy, de l'école vétérinaire d'Alfort;

2° L'étude mycologique m'a montré que le champignon de M. Mibelli offre tous les caractères généraux connus des microscoporums au point de vue morphologique, et en outre tous les caractères morphologiques particuliers du microsporum du chien;

3° Enfin l'inoculation expérimentale au cobaye m'a permis de reproduire très facilement avec le parasite italien la même tondante que le microsporum du chien m'avait permis d'obtenir déjà. Et ce caractère est important, car le *microsporum Audouïni de l'enfant* n'a donné, ni entre mes mains, ni entre les mains de Sabouraud, des résultats positifs d'inoculation au cobaye.

Il n'y a donc aucun doute que le microsporum rencontré à Parme dans une tondante de l'enfant ne soit le microscoporum du chien récemment décrit.

Ce fait présente un intérêt tout spécial parce qu'il montre qu'il en est des *microsporums* comme des *trichophytons*. Jusqu'ici, la tondante à petits spores était considérée comme une entité morbide fermée dûe au seul *microsporum Audouïni de l'enfant* (Sabouraud). En réalité pour les micros-

porum comme pour les trichophytons il y a pluralité des espèces causales. Nous connaissons déjà un *microsporum du cheval* capable de faire des inoculations humaines, l'observation de M. Mibelli vient nous apprendre que le *microsporum du chien*, comme le *microsporum du cheval*, comme le *microsporum Audouïni* peut déterminer des lésions humaines.

Il y a donc un microsporum humain et des microsporums animaux, de même qu'il y a des trichophytons et des achorions humains et des trichophytons et des achorions animaux.

Je ferai en outre remarquer que d'après toutes les observations récentes relatives aux mycoses et celle là même, il semble évident que l'étude des mycoses externes de l'homme ne peut être conduite avec fruit qu'en faisant marcher de pair les recherches humaines et les recherches vétérinaires.

M. Sabouraud. Je n'insisterai pas sur l'intérêt-extrême de cette observation unique. Je tiens seulement à faire remarquer qu'en France, la teigne à petites spores de l'enfant se montre jusqu'ici invariablement causée par une même espèce cryptogamique, le *microsporum Audouïni*. Quant à la pluralité des microsporums, quoique plus restreinte que celle des trichophytons et analogue seulement à celle des favus, elle est néanmoins indiscutable. Dès mes premières recherches sur le sujet (1892) j'ai présenté ici même le premier microsporum du cheval, qui fait l'herpès contagieux des poulains. Les belles recherches de M. Bodin ont déjà élevé de deux à quatre le nombre des espèces de *microscoporum* aujourd'hui connues.

Sur quatre cas de mycosis fongoïde. — M. H. Hallopeau. Les faits nouveaux qui ressortent de cette étude sont résumés ainsi qu'il suit : les érythrodermies mycosiques peuvent, après avoir persisté pendant des années avec une grande intensité, rétrocéder en grande partie sans laisser de traces ; les adénopathies qu'elles avaient déterminées rétrocèdent également ; les néoplasies mycosiques peuvent prendre des dimensions très considérables et former par exemple dans la région dorsale une masse énorme que le malade vouté porte à la manière d'un fardeau, d'où un aspect des plus étranges : la zone d'extension de ces masses peut se faire par l'intermédiaire d'un bourrelet ortié persistant ; on ne peut guère s'en expliquer la production que par l'action de toxines : c'est là un nouvel argument en faveur de la nature parasitaire de la maladie ; la néoplasie qui précède dans certains cas de plusieurs années l'apparition des autres manifestations mycosiques a des caractères tout particuliers qui la distinguent aussi bien des tumeurs mycosiques que de toutes les autres néoplasies connues, et particulièrement des nævi et des verrues ; elle constitue, selon toute vraisemblance, la lésion initiale, la porte d'entrée de la maladie, les ulcérations mycosiques peuvent laisser à leur suite de larges cicatrices décolorées, serpigineuses, entourées de zones hyperpigmentées très analogues à celles que l'on voit se produire à la suite de syphilides ; cependant leur aspect est moins nettement polycyclique et les cercles qu'elles forment s'entrecroisent en persistant dans leur totalité au lieu de s'effacer dans les parties qui leur sont communes, comme le font ceux qui sont de nature syphilitique ; l'extension de la maladie peut se faire par la production de bulles remplies d'un liquide séreux ou purulent et la végétation du derme sous-jacent les bulles peuvent se développer dans des macules consécutives à des lésions anciennes ; les adénopathies et le prurit peuvent faire presqu'entièrement défaut dans ces formes végétantes, à l'encontre de ce qui se passe dans les formes érythrodermiques.

M. Fournier, à propos du dernier malade présenté par M. Hallopeau, dont le diagnostic *mycosis fongoïde* laisse quelques doutes, fait remarquer qu'il y aurait lieu d'essayer les injections de calomel, dans la possibilité d'une affection syphilitique.

Du Castel présente un homme atteint depuis dix-huit mois environ de mycosis fongoïde qui aurait débuté à l'avant-bras droit par un placard eczématiforme ; ce placard a donné ensuite naissance à une tumeur qui est actuellement ulcérée. Des groupes de papules se sont montrés ensuite sur toute la surface du corps.

M. Fournier présente un homme atteint de deux chancres syphilitiques inoculés accidentellement pendant l'opération du tatouage.

M. Balzer présente un homme qui a été atteint d'un chancre mou phagédénique d'une intensité et d'une durée tout à fait anormales ; la plus grande partie du gland a été détruite. La guérison a été obtenue par un pansement fait avec une solution de chlorure de zinc à 1/1000 ; tous les autres traitements avaient échoué : température élevée, tartrate ferrico-potassique.

M. Balzer présente une jeune fille atteinte de taches pigmentaires localisées à la face dorsale des mains et au-dessous de la lèvre inférieure que M. Gaucher a cru devoir diagnostiquer *Xeroderma pigmentosum* probable au début. M. Balzer croit qu'il s'agit ici de troubles trophiques survenus à la suite d'une fièvre typhoïde, la malade ayant eu des crises névralgiques dans le territoire des nerfs cubitaux.

M. Leredde communique une étude histologique et hématologique sur un fait de dermatite pustuleuse et végétante en foyers à progression excentrique.

MM. Gémy et Raynaud envoient une note sur la leucomélanodermie syphilitique.

Dr Barbe.

NOUVELLES

Légion d'honneur. — Par décret, en date du 9 novembre 1897, M. Vivien, médecin de première classe de la marine, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Hôpital Boucicault. — L'ouverture des services aura lieu lundi 22 novembre, à neuf heures du matin. Ces services sont au nombre de trois : 1° médecine, M. Letulle ; 2° chirurgie, M. X... ; 3° accouchements, M. Doléris.

Le président de la République inaugurera officiellement l'hôpital le 1er décembre 1897.

Hôpitaux de Paris. — L'âge des chefs de service. — L'Assistance publique vient de publier l'état du personnel médical des hôpitaux et hospices de Paris au 1er octobre 1897.

Ce personnel se compose de 127 médecins des hôpitaux, 70 chirurgiens et 16 accoucheurs. Plus 9 médecins des services d'aliénés et 10 médecins pour les établissements annexes situés hors Paris ou dans les départements.

Parmi les 127 médecins des hôpitaux, on compte 19 mé-

ecins honoraires, dont le plus âgé est le Dr Moissenet qui, tant né le 26 mai 1811, marche gaillardement vers sa 7e année.

Parmi les 95 médecins chefs de service en exercice, le plus âgé est le professeur Potain qui a dépassé 72 ans depuis le 25 août, et le plus jeune M. Widal qui n'aura 36 ans que le 9 mars prochain.

Le plus jeune des médecins non encore placés est M. Claisse nommé au dernier concours et qui est né le 12 avril 1865.

Parmi les 70 chirurgiens des hôpitaux, 5 sont chirurgiens honoraires, MM. Cruveilhier, Marc Sée, Péan, Labbé et Guéniot. Le plus jeune est M. Guillemain qui est né le 10 avril 1864. (*Méd. mod.*)

Faculté de médecine de Paris. — M. le professeur Laboulbène a commencé le cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie le mardi 16 novembre 1897, à 4 heures (Petit Amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les lundis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Ecole de médecine de Grenoble. — Le concours pour une place de professeur suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, près l'Ecole de médecine de Grenoble, s'est terminé par la nomination de M. le Dr Cibers, ancien interne des hôpitaux de Lyon.

Corps de santé militaire. — Par décret, en date du 10 novembre 1897, sont promus aux grades et emplois désignés ci-après :

Au grade de médecin principal de première classe. — M. Jeanmaire, médecin principal de deuxième classe médecin-chef de l'hôpital militaire de Belfort, en remplacement de M. Schindler, décédé; maintenu à son poste actuel.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — M. Gorsse, médecin-major de première classe au 2e d'artillerie, en remplacement de M. Labrevoitk, retraité; désigné pour les salles militaires de l'hospice mixte de Montauban (médecin-chef).

M. Forgues, médecin-major de première classe, médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Grenoble, en remplacement de M. Jeanmaire, promu; maintenu à son poste actuel.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Baur, en remplacement de M. Cottel, décédé; maintenu au 154e d'infanterie. — Fix, en remplacement de M. Blanchetière, mis en non-activité pour infirmités temporaires; maintenu au 137e d'infanterie. — Roux, en remplacement de M. Gorsse, promu; maintenu au 2e d'infanterie. — Descour, en remplacement de M. Forgues, promu; maintenu au ministère de la Guerre (7e direction).

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — M. Pichon, médecin-major de deuxième classe hors cadre, en remplacement de M. Terrail, mis en non activité pour infirmités temporaires; maintenu au 69e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de première classe Foureur, en remplacement de M. Baur, promu; maintenu provisoirement à l'école d'application de cavalerie. — Albert, en remplacement de M. Fix, promu; désigné pour le 125e d'infanterie. — M. Ferrand, médecin-major de 2e classe mis en non-activité pour infirmités temporaires, en remplacement de M. Roux, promu; désigné pour le 96e d'infanterie. — Malafosse, médecin aide-major de première classe, en remplacement de M. Descour, promu; désigné pour le 13e d'infanterie.

Union des syndicats médicaux de France. — Hier, mercredi, a eu lieu, à 1 heure et demie, la réunion générale annuelle de l'Union des syndicats médicaux de France, sous la présidence de M. le Dr Porson, de Nantes. L'assemblée a émis un vœu favorable au principe de la création d'un ordre des médecins. Diverses autres questions ont été discutées sans qu'aucun vote ait été émis.

Le soir, chez Marguery, un banquet réunissait une centaine de convives appartenant soit à l'union des syndicats, soit au syndicat des médecins de la Seine; au dessert des toasts ont été prononcés en assez grand nombre : par le Dr Porson, par le Dr Napias, délégué par le ministre de l'Intérieur pour le représenter à ce banquet, par M. le sénateur Trarieux, ancien ministre de la Justice, dont le discours tout à fait favorable à notre confrère Laporte a été vigoureusement applaudi, par M. Henri Robert, l'éloquent défenseur de notre estimé confrère, par le Dr Lassalle (de Lormont), par le Dr Good (de la Mothe-St-Heray), par le Dr Comby, nommé dans la journée président de l'Union des syndicats médicaux.

Des élections ont eu lieu, en effet, dans l'après-midi pour renouveler le bureau de l'union des syndicats médicaux de France. Elles ont donné les résultats suivants :

Président : le Dr Comby.

Vice-présidents : les Drs Lassalle (de Lormont), Cellier (de Laval), Pouliot (de Poitiers), Gayral (de Carignan).

Secrétaire général : le Dr Noir.

Secrétaire général adjoint : le Dr Girerd (d'Ivry).

Secrétaire des séances : les Drs Helme et Millon.

Trésorier : le Dr Duchesne.

L'affaire Laporte. — La Société médicale du 7e arrondissement a, dans la séance d'octobre 1897, voté à l'unanimité la motion suivante :

« La Société, à l'exemple de beaucoup d'autres sociétés savantes et particulièrement de la société similaire des 1er et 2e arrondissements, proteste contre l'incarcération du Dr Laporte avant toute enquête et sans que les faits puissent justifier une violation aussi grave de la liberté individuelle.

« Considérant en outre que le Dr Laporte a agi dans un cas d'urgence et dans la plénitude des droits que lui confère son diplôme, elle lui témoigne toute sa sympathie. »

Souscription Laporte (2e *liste.*)

MM.

Dr de Lauradour, de Saint-Ouen (Seine)	Fr. 5
Dr Granet, de St-Maixent (Deux-Sèvres)	5
Dr Ladroitte, de Brunoy Seine-et-Oise)	5
Dr Corlieu, de Paris	5
Dr Moutier, de Paris	5
Dr Giraud, de la Crèche (Deux-Sèvres)	5
Dr de Feuardent, de Paris	5

Société française de tempérance. — La ligne nationale contre l'alcoolisme (Société française de tempérance) vient d'obtenir à l'exposition internationale de Bruxelles un diplôme d'honneur. Des diplômes de médailles d'or de collaborateurs ont été accordés à M. Motet, président et Philbert, secrétaire général.

Hôpital Saint-Louis. — Le Dr Du Castel reprendra ses conférences cliniques le samedi 4 décembre. Le samedi, à 1 h. 1/2, consultation externe; à 2 h. 1/2, conférence clinique et présentation de malades dans la salle des conférences de l'hopital. Le jeudi, à 9 heures, présentation et discussion de malades, salle Cazeneuve.

Gynécologie. — M. le Dr Ch. Fournel, commencera le mardi 30 novembre 1897 à cinq heures, à l'Ecole pratique de la Faculté de Médecine, Amphithéâtre Cruveilhier, un cours public et gratuit de : Gynécologie médico-chirurgicale et chirurgie abdominale. Il le continuera les mardi jeudi, samedi suivants à la même heure.

Ouverture de l'hospice de Brévannes. — L'administration de l'Assistance publique est en train de transférer à Brevannes les malades de l'hôpital Laënnec qui remplissent les conditions réglementaires pour occuper une place dans ce vaste établissement de création nouvelle. Ces malades sont des chroniques incurables et en particulier des phtisiques et des cardiaques qui, repoussés des hôpitaux faits pour les maladies aiguës, qu'ils encombrent, ne trouvaient place, jusqu'à ce jour, que dans les salles très insuffisantes qui leur étaient consacrées à Laënnec.

L'ancien château de Brévannes a été acquis par l'Assistance publique en 1883. On y a créé d'abord un quartier d'hospice contenant 100 lits. L'administration y a construit ensuite un pavillon spécial composé de 100 chambres destinées à recueillir des époux en ménage.

Le magnifique parc de trente hectares qui entoure le château était tout indiqué pour la création d'un établissement assez vaste pour parer à l'insuffisance de Laënnec et recueillir un nombre considérable de chroniques en les plaçant dans des conditions d'hygiène infiniment supérieures à celles qu'on peut leur procurer à Paris. En attendant qu'on se soit décidé à maintenir ces malades chez eux à l'aide d'un secours suffisant, c'est à Brévannes qu'ils vont trouver place.

Les constructions nouvelles qu'on est en train d'occuper et dont l'inauguration aura lieu dans quelques jours ne représentent que le quart de l'immense établissement hospitalier que l'Assistance publique projette de réaliser à cette place. Au fur et à mesure des besoins et surtout des ressources, de nouveaux bâtiments sortiront successivement de terre, suivant un plan général depuis longtemps arrêté, et finiront par former, lorsque l'établissement sera complet, un ensemble de seize pavillons pouvant contenir 3.200 chroniques.

Nécrologie. — Le Dr Détray, pharmacien à Paris, rue des Tournelles, décédé le 10 novembre à l'âge de 63 ans. — Le Dr Delaroche, de Saint-Félicien (Ardèche), reçu en 1888. — Le Dr Delabrousse, de Darnetal (Seine-Inférieure), reçu en 1880. — Le Dr Comte, de Margueritles (Gard), reçu en 1894. — Le Dr Lannégrie de Morlaix (Finistère), reçu en 1810. — Le Dr Jacquemet, professeur agrégé à la faculté de médecine de Montpellier, décédé à l'âge de 72 ans, reçu en 1854. — Le Dr Vetelay, de Bellac, reçu en 1863. — Le Dr Bonnefin, de Perthes (Haute-Marne), reçu en 1871. — Le Dr Bertes, de Toury (Eure-et-Loire), reçu en 1890. — Le Dr Bernardeau, de Lye (Indre), reçu en 1887. — Le Dr Heydenreich, de Thairé (Charente-Inférieure). — Le Dr Bergeret de Pont-de-Chéruy (Isère), reçu en 1878. — Le Dr Bonnet, de Mareuil (Vendée), reçu en 1851. — Le Dr Chenantais père, professeur honoraire à l'école de médecine de Nantes, décédé à l'âge de 77 ans. — Le Dr Beuf, de Saint-Tropez (Var), reçu en 1891. — Le Dr Poisson, professeur de pathologie externe à l'École de médecine de Poitiers, reçu en 1875. — Le Dr Barre, de Loulon, reçu en 1878. — Le Dr Laforestorie, de Tilly-sur-Seulle (Calvados), reçu en 1887.

La mortalité à Paris. — Pendant la quarante-cinquième semaine, du 7 au 13 novembre 1897, le service de la statistique a compté 865 décès, chiffre supérieur à celui de la semaine dernière 800 et à la moyenne 847.

Les maladies épidémiques sont plus rares (13 au lieu de 20 et de la moyenne 30), la fièvre typhoïde a causé 3 décès au lieu de 9 et de la moyenne 7, la rougeole 4 au lieu de 1 et la moyenne 5, la coqueluche 1 au lieu de 1 et de la moyenne 3, la diphtérie 3 au lieu de 7 et de la moyenne 12.

Il n'y a eu de décès ni par variole, ni par typhus, ni par scarlatine.

On a signalé 2 décès par influenza.

La diarrhée infantile (athrepsie, etc.), a causé 23 décès au-dessous de 1 an au lieu de 25 et de la moyenne 32.

En outre 24 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 114 décès (au lieu de 104 pendant la semaine précédente et au lieu de 107, moyenne ordinaire de la saison). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : Bronchite aiguë, 18 décès (au lieu de la moyenne 17 ; bronchite chronique 23 décès (au lieu de la moyenne 27) ; bronchopneumonie, 23 décès (au lieu de la moyenne 29) ; pneumonie 50 décès (au lieu de la moyenne 34). Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 45 décès, dont 32 sont dus à la congestion pulmonaire.

La phtisie pulmonaire a causé 190 décès au lieu de la moyenne 184 ; la méningite tuberculeuse, 10 décès ; la méningite simple, 16 ; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 19 décès ; l'apoplexie, la paralysie et le ramollissement cérébral, 66 décès, et les maladies organiques du cœur, 57 ; le cancer a fait périr 68 personnes. Enfin, 29 vieillards sont morts de débilité sénile.

Il y a eu 16 suicides, et 22 autres morts violentes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité du paludisme, par A. Laveran, membre de l'Académie de médecine, membre correspondant de l'Institut de France et de l'Académie de médecine de Saint-Pétersbourg, etc. 1 volume grand in-8° avec 27 figures dans le texte et une planche en couleurs. (Masson et Cie, éditeurs). — Prix : 10 francs.

La Photomicrographie, par A.-L. Clément, officier de l'Instruction publique, président de la Section d'entomologie à la Société nationale d'acclimatatien de France. — Un vol. illustré de 95 figures. Prix 2 francs. — Librairie Charles Mendel, 118, rue d'Assas.

LYMPHATISME, SCROFULE, RACHITISME : Fucoglycine Gressy.

PILULES DE QUASSINE FREMINT
Anorexie. Dyspepsie, Constipation, 1 ou 2 av. chaque repas

SACCHAROLÉ de quinquina **VIGIER**, 1 cuillerée à café au repas.

Le Gérant : A. Chevallereau.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone.*